

FICHE D'INSCRIPTION SERVICES D'ACCUEIL PERISCOLAIRE 2017-2018

(A renseigner obligatoirement pour tous les élèves des écoles de Jonquières Saint Vincent
Et à retourner au service Cantine exclusivement avant le mercredi 31 mai 2017)

I – IDENTITE DE L'ENFANT

NOM DE L'ENFANT :

PRENOMS : SEXE : M F

Né(e) le : à :

ECOLE : CLASSE (rentrée) :

RESPONSABLES LEGAUX :

| | PERE | MERE |
|-------------------------|------|------|
| NOM | | |
| Prénoms | | |
| Date de naissance | | |
| Lieu de naissance | | |
| Téléphone fixe | | |
| Téléphone mobile | | |
| Téléphone professionnel | | |

ADRESSE(S) DE VIE DE L'ENFANT :

1 -

2 -

ADRESSE DE FACTURATION (POUR LE SERVICE CANTINE UNIQUEMENT) : 1 2

ADRESSE MAIL :

Je souhaite recevoir la facture mensuelle (de cantine uniquement) à l'adresse mail ci-dessus :
OUI NON

| | |
|---|--|
| N° ALLOCATAIRE C.A.F. ou MSA (de la personne s'acquittant du paiement) | |
| QUOTIENT FAMILIAL | |
| N° SECURITE SOCIALE | |

II – FREQUENTATION PREVISIONNELLE DES SERVICES D'ACCUEIL PERISCOLAIRE

Ces renseignements sont purement indicatifs : les inscriptions seront confirmées auprès des services concernés.

SERVICE DE CANTINE :

Cocher le ou les jours de la semaine où votre enfant déjeunera à la cantine :

INSCRIPTION POUR L'ANNEE SCOLAIRE

| | |
|----------|--|
| LUNDI | |
| MARDI | |
| MERCREDI | |
| JEUDI | |
| VENDREDI | |

Pour nous aider à préparer le meilleur accueil de vos enfants dès la rentrée scolaire, **merci de préciser son inscription lors de la première semaine :**

| | |
|----------------------|--|
| LUNDI 4 SEPTEMBRE | |
| MARDI 5 SEPTEMBRE | |
| MERCREDI 6 SEPTEMBRE | |
| JEUDI 7 SEPTEMBRE | |
| VENDREDI 8 SEPTEMBRE | |

Souhaitez-vous pour votre enfant ?

- un menu sans viande (remplacé par toute autre protéine)
- un menu sans viande de porc (remplacée par toute autre viande)

Les réservations s'effectuent depuis le site internet «www.logicielcantine.fr/jonquieresstvincent/ » à partir du vendredi 1^{er} septembre 2017, ou par téléphone auprès du service Cantine (04.66.20.64.47).

TEMPS D'ACCUEIL PERISCOLAIRE (T.A.P.)

Votre enfant participera-t-il, a priori, au temps d'accueil périscolaire le vendredi après-midi ?

OUI NON

Les réservations s'effectuent au moyen des fiches d'inscription TAP auprès du service Accueil de l'Hôtel de Ville.

SERVICE D'ACCUEIL PERISCOLAIRE DU MATIN ET DU SOIR

Cocher le ou les jours de la semaine où votre enfant participera à l'accueil du matin et/ou du soir :

| | matin | soir |
|----------|-------|------|
| LUNDI | | |
| MARDI | | |
| MERCREDI | | |
| JEUDI | | |
| VENDREDI | | |

Les réservations s'effectuent par achat de tickets auprès du service Accueil de l'Hôtel de Ville.

III – FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Vaccinations :

| Vaccins | oui | non | Date des derniers rappels |
|---------------------------------|-----|-----|---------------------------|
| BCG (antituberculose) | | | |
| Coqueluche | | | |
| Diphthérie-Tétanos-Poliomyélite | | | |
| Hépatite B | | | |
| Rougeole-Oreillons-Rubéole | | | |
| Autre : | | | |

Allergies :

| Nature | oui | non | Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir |
|-------------|-----|-----|--|
| Asthme | | | |
| Médicaments | | | |
| Aliments | | | |
| Autre : | | | |

Renseignements médicaux :

Votre enfant fait-il l'objet d'un projet d'accueil individualisé (P.A.I.) pour raisons médicales ?

OUI NON

(si OUI, joindre impérativement le P.A.I. à la présente fiche d'inscription)

L'enfant suit-il un traitement médical ?

.....

Quelles maladies a-t-il eues ?

.....
.....

Indiquez les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

Recommandations utiles :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles de contact, des prothèses auditives, des appareils dentaires... ? OUI NON

Précisez :

Coordonnées du médecin traitant (OBLIGATOIRE) :

Nom : Téléphone :

IV – AUTORISATIONS

1. J'autorise le Centre Social et la commune de Jonquières Saint Vincent à demander mon quotient familial à la CAF, via le dispositif « CAF PRO ».
2. J'autorise le personnel du Centre Social à prendre toutes les dispositions nécessaires à la prise en charge sanitaire de mon enfant (appel des services d'urgence médicale, hospitalisation, sortie d'hospitalisation...) pendant les temps d'accueil périscolaire.
3. J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties véhiculées organisées par le Centre Social, durant toute l'année scolaire.
4. J'autorise mon enfant à être photographié, sachant que les photographies pourront être affichées dans les locaux d'accueil de la cantine et des activités périscolaires, et publiées dans le bulletin municipal et les journaux locaux.
5. J'autorise le Centre Social et la commune de Jonquières Saint Vincent à prévenir les personnes suivantes, que j'habilite à récupérer mon enfant :

| NOM | PRENOM | QUALITE | TEL. FIXE | MOBILE |
|-----|--------|---------|-----------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

V – TARIFS AU 1^{er} SEPTEMBRE 2017

| | QF < 500 | QF > 500 |
|---------------------------------------|----------|----------|
| Accueil périscolaire du matin | 1,05 € | 1,10 € |
| Repas cantine (dont accueil méridien) | 3,65 € | 3,70 € |
| Accueil périscolaire du soir | 1,05 € | 1,10 € |
| TAP (vendredi de 14h à 17h) | 3,00 € | |

Je déclare avoir pris connaissance du règlement des services d'accueil périscolaire, et je déclare exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

Fait à Jonquières Saint Vincent le

Nom et signature du représentant légal de l'enfant (préciser « Mère », « Père » ou autre) :

La loi nous impose de vous informer de votre intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent être exposés les participants à une activité.